

Fraueninteressen in der Gesundheitspolitikforschung

Rodenstein, Marianne

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rodenstein, M. (1979). Fraueninteressen in der Gesundheitspolitikforschung. In R. Mackensen, & F. Sagebiel (Hrsg.), *Soziologische Analysen: Referate aus den Veranstaltungen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und der ad-hoc-Gruppen beim 19. Deutschen Soziologentag (Berlin, 17.-20. April 1979)* (S. 843-850). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-135659>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Fraueninteressen in der Gesundheitspolitikforschung

Marianne Rodenstein

Lebenslagen und Lebenschancen von Frauen werden durch sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen entscheidend beeinflusst. Um den Bezug zur besonderen Lebenslage der Frauen herzustellen, muß Frauenforschung in diesem Bereich verschiedene Analyseebenen umfassen. Sie sollte zunächst eine Defizitanalyse sein, mit der sie die Ergebnisse der realen Politik an den Interessen von Frauen mißt. Darüber hinaus aber sollte sie die Gründe untersuchen, warum Fraueninteressen gar nicht oder in unzulänglicher Weise in die offizielle Politik eingehen. Die eigentliche auf Frauen zentrierte Forschung hätte dann von der Lebenslage von Frauen auszugehen und daraus die positive Bestimmung der Frauenforschung in diesen Politikbereichen abzuleiten. Frauenforschung sollte sich demnach in drei Schritten vollziehen: als Defizitanalyse, als Ursachenanalyse und als lebenslagenorientierte frauenspezifische Forschung.

Als ein Beispiel staatlicher Gesundheitspolitik wird hier das "Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978-1981" darauf hin untersucht, wo Defizite der Politik liegen, wo die Ursachen dafür zu suchen sind, daß Fraueninteressen kaum Beachtung finden, und welche Themen eine frauenspezifische Forschung in diesem Bereich aufzunehmen hätte.

1. Defizitanalyse

Als ein Teil der Reform des Gesundheitswesens ist die Kürzung der Behandlungsdauer in den Krankenhäusern vorgesehen. Sie soll dazu beitragen, die hohen Kosten des Gesundheitswesens zu reduzieren. Bei der Vorstellung des Gesundheitsforschungsprogramms im Sommer 1978 führte Anke Fuchs vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung dazu aus: "Im Zusammenhang mit Ansätzen zu erhöhter Wirtschaftlichkeit im Krankenhauswesen wird diskutiert, ob jeder Krankenhauspatient das gesamte Leistungsangebot des üblichen Akutkrankenhauses benötigt, ob nicht vielmehr Pflege und Behandlung auf die Bedürfnisse des individuellen Falles hin verstärkt differenziert werden könnten."²⁾

Dementsprechend werden nun im Programm "vergleichende Untersuchungen zu den Auswirkungen unterschiedlicher Organisationsfor-

men der ambulanten und stationären Versorgung auf die Leistungserbringung" angeregt.³⁾ Kommt es dann aus Wirtschaftlichkeitsgründen bei den bisher länger stationär behandelten Fällen zu frühzeitigen Entlassungen und weiterer ambulanter Behandlung, so wird dadurch der Umfang privater Pflegeleistungen erhöht. Diese belasten in erster Linie die Frauen, verstärken ihre Verantwortlichkeit für die Familie und festigen ihre Bindung ans Haus. Auch die beabsichtigte Erhöhung der öffentlichen Pflegeleistungen, wird, da sie sich vor allem auf Alleinstehende beziehen muß, an dieser neuen Belastung für die Frauen nichts ändern.

Dieses Beispiel zeigt, daß in der Gesundheitspolitik - genau wie in anderen Bereichen der Sozialpolitik - die weibliche Lebenslage als beliebig manipulierbar gilt. In diesem Fall haben die Frauen die Lasten der Senkung der gesellschaftlichen Kosten im Gesundheitswesen zu tragen. Jede weitere Verpflichtung jedoch, die die Frauen auf das Hausfrauendasein festlegt, verstärkt ihre typische Konfliktlage zwischen Beruf und Familie und beeinflußt damit die gesundheitliche Lage der Frauen potentiell negativ. Diese Gesundheitspolitik arbeitet damit den Interessen von Frauen an gesunden Lebensbedingungen entgegen. Sie befindet sich auch im Widerspruch zu einer progressiven Frauenpolitik, die u.a. auf die Reduzierung von Belastungen ausgerichtet sein sollte, um die gleichzeitigen Ansprüche von Frauen auf Erwerbstätigkeit wie auf Familie bei möglichst geringer gesundheitlicher Beeinträchtigung zu ermöglichen.

2. Ursachenanalyse

Daß die Gesundheitspolitik für die frauendiskriminierenden Konsequenzen ihrer eigenen Maßnahmen blind ist, kann nur oberflächlich als ein Problem der unzureichenden Interessenvertretung der Frauen im politischen System gedeutet werden. Dies wird an anderer Stelle des Gesundheitsforschungsprogramms deutlich. Aus ihr geht hervor, daß die an sich begrüßenswerte und notwendige Krankheitsursachenforschung, deren Ziel die Verhinderung von Krankheiten ist, eine Differenz zwischen krankheitsverursachenden Belastungen im weiblichen und im männlichen Lebenszusammenhang nicht berücksichtigt. Gefördert werden sollen z. B. "Untersuchungen über den Einfluß sozialer Umweltfaktoren, ...risikoträchtiger Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen, Faktoren in Schule und Familie."⁴⁾

Weder das Verhältnis der Geschlechter zueinander wird als notwendiger Forschungsgegenstand gesehen, obgleich dies heute normalerweise in emotionaler wie sozialer Hinsicht eine erhebliche Belastung nicht nur im Leben der Frau ist, noch wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Untersuchungen über Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen etc. auf ihre geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Konsequenzen hin zu untersuchen.

Darüber jedoch, daß die Geschlechtsspezifik im Krankheitsgeschehen eine wesentliche Rolle spielt, kann es keinen Zweifel geben.

- Die Statistiken zeigen, daß Frauen im Durchschnitt länger leben als Männer. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer betrug 1972/74 67,9, die der Frauen 74,4 Jahre.⁵⁾ Die Lebenserwartung der Männer hat dazu noch eine sinkende, die der Frauen eine steigende Tendenz. Die "Übersterblichkeit" der Männer resultiert hauptsächlich aus der sehr viel höheren Sterblichkeit an Erkrankungen der Herzkranzgefäße (vor allem Herzinfarkt), an Lungenkrebs, Leberzirrhose und an unnatürlichen Todesursachen (Unfällen und Selbstmord).⁶⁾
- Im Gegensatz zu der längeren Lebenserwartung der Frauen, steht nun jedoch das Faktum, daß Frauen während ihres Lebens häufiger krank sind und damit die Qualität ihres Lebens stärker beeinträchtigt ist als die der Männer. So ergab eine Repräsentativerhebung zur subjektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes 1973, daß Frauen häufiger über Beschwerden klagen und häufiger weniger zufrieden mit ihrer Gesundheit sind als Männer.⁷⁾ Auch bei der Zusatzerhebung zum Mikrozensus 1974 war der Anteil der erkrankten Frauen höher als der der erkrankten Männer.⁸⁾
- Schließlich gibt es auch geschlechtsspezifische Häufungen bei bestimmten Krankheiten. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 1974 lagen bei Frauen Herz-Kreisläuferkrankungen an der Spitze, während Männer am häufigsten Krankheiten der Atmungsorgane hatten und z. B. auch häufiger unter Krankheiten der Verdauungsorgane litten.⁹⁾

Die Gesundheitspolitik hat jedoch aus diesen geschlechtsspezifischen Differenzen bisher noch keine Konsequenzen gezogen. Dies ist allerdings nicht ihr allein anzulasten, sondern auch der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin, die im wesentlichen nur eine biologische Differenz zwischen Frauen und Männern kennt.

H. E. Richter erläutert dazu, "daß die traditionelle Medizin fast ausschließlich von Männern geprägt worden ist, die ihre geschlechtsspezifische Sichtweise zur allein gültigen gemacht haben. ...Es dominiert die Tendenz, Frauen nur als eine verkleinerte, schwächere und passivere Ausgabe des Mannes einzuschätzen und ihre Besonderheiten im Gesundheits- und Krankheitsverhalten lediglich als unmittelbare Folgen ihrer biologischen Abweichungen vom Mann zu bewerten." ¹⁰⁾

Ein Beispiel für eine solche rein biologische Erklärungsweise des unterschiedlichen Krankheitsverhaltens von Männern und Frauen findet sich bei von Eiff u.a.. Sie führen die Tatsache, daß Frauen trotz einer höheren Anzahl von Risikofaktoren seltener Infarkte erleiden, auf die Geschlechtshormone zurück, die die Frauen angeblich vor Emotionen schützen, was an den Blutdruckreaktionen leicht meßbar sei. ¹¹⁾

Wenn aber geschlechtsspezifisch unterschiedliches Krankheitsverhalten allein biologische Ursachen hat, dann ist es nur konsequent, wenn es in der Gesundheitspolitik keine geschlechtsdifferenzierenden Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheiten gibt, denn an den unterschiedlichen hormonalen Eigenschaften von Männern und Frauen ist von politischer Seite nun mal wenig zu ändern. Eigens auf Frauen gerichtete Maßnahmen gibt es denn in der Gesundheitspolitik auch nur, soweit es ihre besondere biologische Funktion als Gebärende betrifft: im Problembereich der Mütter- und Säuglingssterblichkeit.

In der psychosomatischen Medizin wird nun das geschlechtsspezifische Krankheitsverhalten auch mit den unterschiedlichen Geschlechterrollenstereotypen als Ursachen für die unterschiedlichen Reaktionen von Frauen und Männern auf psychische Belastungen begründet. Demzufolge können sich Frauen eher leidend darstellen, während Männer eher unter dem Zwang zur Verdrängung und Verleugnung ihrer Schwierigkeiten stehen. Unter gleichem psychischen Streß dekompensieren Frauen schneller. Männer erscheinen oberflächlich belastbarer, reagieren dafür auf längere Sicht möglicherweise stärker somatisch. H. E. Richter sieht es als Stärke der Frauen an, daß sie "eher fähig bzw. gezwungen (sind), sich überlastenden Streßmomenten auf passive und aktive Weise zu widersetzen, unter

denen sie leiden."¹²⁾ Zynisch gesagt bewältigen Frauen ihre Lebensprobleme besser, indem sie häufiger krank werden.

Als Krankheitsursachen von Frauen kommen aus dieser Perspektive alle psychosomatisch relevanten Konflikte, denen die Frauen im Alltag ausgesetzt sind, in Frage. Diese Konflikte resultieren nach Richter im wesentlichen daraus, daß die traditionelle Geschlechterrollenidentität der Frau als Partnerin, Mutter und Hausfrau aufgebrochen sei und den Frauen auf der Suche nach einer neuen Geschlechtsidentität zahllose Hindernisse in Beruf, Ehe und Familie entgegentreten, die sie psychisch stark belasten.

Zwar erscheint die Berücksichtigung der psychischen Besonderheiten der Geschlechter gegenüber der rein biologischen Betrachtungsweise als ein Fortschritt, doch wird auch hier immer noch die Bedeutung der objektiv unterschiedlichen sozialen Lebenswelten von Frauen und Männern für die Erklärung unterschiedlichen Krankheitsverhaltens außer Acht gelassen. Ist aber nicht zunächst davon auszugehen, daß im weiblichen und im männlichen Lebenszusammenhang objektiv und unabhängig von der geschlechtsspezifischen - biologisch und psychologisch zu erklärenden - Reaktionsweise erhebliche Belastungsdifferenzen zu verzeichnen sind, die erst zusammen mit der spezifischen Reaktionsweise das unterschiedliche Krankheitsverhalten produzieren? Erst wenn also zusätzlich einbezogen wird, daß auch die objektiven Umweltbedingungen, die Belastungsanforderungen an Frauen und Männer unterschiedlich sind, kann man meines Erachtens zu einer befriedigenden Erklärung des geschlechtsspezifischen Krankheitsverhaltens kommen.

Ein angemessener Ausgangspunkt für eine geschlechtsdifferenzierende Krankheits- bzw. Gesundheitsforschung läge demnach in der Frage nach dem Zusammenwirken der biologischen, psychischen und sozialen Differenzen zwischen den Geschlechtern.

3. Umrisse einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung

Frauenforschung, die auf Krankheitsverhinderung zielt, hätte sich zunächst mit den spezifischen gesundheitsrelevanten Belastungen des weiblichen Lebenszusammenhangs zu befassen, denn die wenigen zum Krankheitsverhalten der Frau vorliegenden Daten lassen den Schluß zu, daß die objektive Lebenslage der Frau mit ihrer gesundheitlichen Verfassung in engem Zusammenhang steht.

Je nach dem, ob die Frauen überwiegend Hausfrauen oder Erwerbstätige sind, beeinflußt dies ihre gesundheitliche Verfassung und die Länge ihres Lebens unterschiedlich. Dazu lassen sich aus dem vorliegenden Material im einzelnen folgende Thesen formulieren, die richtungweisend für die Themen einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung sein könnten:

- 1.) Ursachen für die spezifische Beeinträchtigung der gesundheitlichen Verfassung von Hausfrauen, bei denen Depressionen häufiger sein sollen als bei erwerbstätigen Frauen¹³⁾, sind die Abhängigkeit vom Ehemann, die kaum vorhandene gesellschaftliche Anerkennung für die unqualifizierte Hausarbeitstätigkeit und möglicherweise auch die Überforderung durch die Anforderungen der Kindererziehung.
- 2.) Ursachen für die mit der Erwerbstätigkeit der Frau verbundene gesundheitliche Beeinträchtigung, die sich z. B. in der Einschränkung der Kinderzahl¹⁴⁾ und in der erhöhten Gefahr von Frühgeburten¹⁵⁾ zeigen können, sind einerseits die objektiven Bedingungen weiblicher Erwerbstätigkeit (Arbeitsplatzbelastung, schlechte Qualifikation, geringe Bezahlung und kaum vorhandene Aufstiegsmöglichkeiten) und andererseits der besondere Streß, der von der Notwendigkeit der Integration der Hausfrauen- und Mutterpflichten mit der Erwerbstätigkeit ausgeht, sowie möglicherweise auch die psychischen Folgen, die aus einem Verzicht auf Kinder und Ehe resultieren können.
- 3.) Berufstätigkeit bzw. Doppelbelastung beeinträchtigt die Länge des Lebens stärker als die Arbeit der Hausfrau und Mutter. Dies läßt sich aus einem Vergleich des Alters bei Wegfall der Renten von berufstätigen Frauen bzw. von Witwenrenten schließen. Das durchschnittliche Alter der Witwen von Arbeitern bei ihrem Tod lag um 2,4 Jahre, bei Witwen von Angestellten um 6,6 Jahre über dem Alter der selbst versicherten Arbeiterinnen bzw. Angestellten.¹⁶⁾
- 4.) Geht man von der Länge des Lebens aus, so sind die angestellten Frauen offenbar die am stärksten gesundheitlich belastete Gruppe. 1977 lag ihr Alter bei Wegfall der Rente durchschnittlich bei 70,5 Jahren und damit noch unter dem Renten-

wegfallalter der Arbeiter von 70,9 Jahren. Das höhere Alter der Arbeiterinnen bei Wegfall der Rente von 73,9 Jahren wird kaum auf die geringeren Belastungen während des Arbeitslebens, möglicherweise aber auf ihre kürzere Beteiligung am Erwerbsleben zurückzuführen sein.¹⁷⁾

Hausarbeit und Erwerbstätigkeit könnten demnach zentrale Themen einer frauenspezifischen Gesundheits- bzw. Krankheitsforschung sein. Allerdings dürfen die verschiedenen Belastungsbereiche nicht -wie bisher in der Belastungsforschung üblich - parzelliert behandelt werden, indem z. B. Belastungen des Arbeitsbereichs ohne Zusammenhang zu den Belastungen des Reproduktionsbereichs untersucht werden. Vielmehr müssen beide Lebensbereiche zusammen gesehen werden, damit die typischen Verquickungen zwischen ihnen, mögliche Additionen von Belastungen oder auch Entlastungen ins Blickfeld kommen. Dabei wird es wichtig sein, auf die Widersprüchlichkeit der Anforderungen aus Beruf und Hausarbeit einzugehen und die Bedeutung des ständigen Wechsels zwischen diesen widersprüchlichen Strukturen (z. B. der Zeit) für die gesundheitliche Verfassung zu ermitteln.

Diese frauenzentrierte Forschung müßte lebenslagenspezifisch ausgerichtet sein und dementsprechend Erkenntnisse und Forderungen entwickeln. Auszugehen wäre dabei zunächst wohl von besonders belasteten Problemgruppen wie beispielsweise von alleinerziehenden berufstätigen Frauen. Über solcher problemgruppenorientierten Forschung sollte jedoch darüber hinaus im Auge behalten werden, daß eine langfristige Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Frauen (und wohl auch von Männern) erst aus einer Gleichverteilung beruflicher und häuslicher Pflichten für Frauen und Männer resultieren wird. Die unter Präventionsgesichtspunkten anzustrebende Verbesserung der Arbeits- und Lebensverhältnisse müßte also immer auch noch daraufhin überprüft werden, ob sie die Gleichverteilung der Pflichten von Frauen und Männern fördert oder nicht. Diese Gleichverteilung der Pflichten sollte dazu beitragen, daß sich für Frauen die derzeitigen Abhängigkeiten im "magischen Dreieck" von Beruf - Familie - Gesundheit, bei dem die Verbesserung in einem Bereich nur auf Kosten der anderen Bereiche möglich ist, lockern. Auch wenn die Statistiken zeigen, daß doppelt belastete Frauen gesundheitlich stärker gefährdet

sind, so daß vermehrte Frauen - Teilzeitarbeitsplätze für einige Gruppen kurzfristig von Vorteil sein mögen, müßte dennoch die gesundheitsspolitische Forderung langfristig auf die Gleichverteilung beruflicher Chancen und häuslicher Verpflichtungen für Männer und Frauen lauten.

Über diesen Überlegungen zu praktisch-politischen Konsequenzen einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung sollte jedoch nicht vergessen werden, daß bisher für die Realisierung solcher Forschung noch wenig Aussicht besteht, denn im Gesundheitsforschungsprogramm ist die Geschlechtsspezifität in ihrer Bedeutung für die Krankheitsursachenforschung nicht erkannt. Will man frauenspezifische Forschungsinteressen in diesem Bereich noch durchsetzen, so müßte man sich am derzeit laufenden Prozeß der detaillierteren Programmformulierung beteiligen.

Anmerkungen

- (1) Vgl. z. B. B. Riedmüller, Frauenforschung in der Sozialpolitik, in: Dokumentation der Tagung Frauenforschung in den Sozialwissenschaften, München 1978
- (2) Ausführungen von Frau Anke Fuchs auf der Pressekonferenz von BMA, BMFT und BMJFG am 20.6.78, Bonn Manuskript S. 2
- (3) Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978-1981 S. 86
- (4) ebd. S. 12
- (5) BMJFG (Hrsg), Daten des Gesundheitswesens, Bonn 1977 S. 30
- (6) Chr. Helberger, Ziele und Ergebnisse der Gesundheitspolitik, in: W. Zapf(Hrsg), Lebensbedingungen in der Bundesrepublik, Frankfurt 1977, S. 685 und 688
- (7) Daten des Gesundheitswesens, aaO S. 62
- (8) ebd. S. 95
- (9) ebd. S. 95
- (10) H. E. Richter, Konflikte und Krankheiten der Frau, in: D. Claessens, P. Milhoffer (Hrsg), Familiensoziologie, Frankfurt 1973 S. 294
- (11) berichtet bei H. Schäfer, M. Blohmke, Herzkrank durch psychosozialen Streß, Heidelberg 1977 S. 168
- (12) H. E. Richter, aaO S. 297f
- (13) L. Radloff, Sex Differences in Depression, in: Sex Roles, Vol 1 Nr. 3 1975; vgl. auch I. Beyer, Depression und weiblicher Lebenszusammenhang, Diplomarbeit München 1978
- (14) berichtet nach M. E. King u.a., Health and Fertility Issues and the Dependency of Wives, in: J. Robert Chapman, M. Gates, (Hrsg), Women into Wives, Beverly Hills, London 1977 S. 129
- (15) nach G. Brandt u.a., Zur Frauenfrage im Kapitalismus, Frankfurt 1973 S. 76
- (16) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, Bd. 50, Frankfurt 1978 S. 142f und Beiblatt
- (17) ebd.